

СОЧЕТАННАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА В КЛИНИКЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Шорох С.Г., Шорох Г.П.

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости представляют собой одну из сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Статистические данные последних лет свидетельствуют о значительном росте количества пациентов с данной патологией, что дало основание некоторым авторам говорить о «травматической эпидемии». По данным ВОЗ, в мире ежегодно серьезные травмы получают около 8 млн. человек. Количество погибших от травм значительно больше (10%), чем умерших от всех экстренных абдоминальных хирургических заболеваний вместе взятых (2,8%).

Несмотря на улучшение медицинской помощи пострадавшим как на догоспитальном, так и госпитальном этапах, летальность при открытых и закрытых повреждениях живота остается высокой и колеблется от 9 до 27,6%. Причины столь высоких негативных показателей различны. Это, прежде всего, увеличение числа и тяжести

дорожно-транспортных происшествий, высокий уровень бытового травматизма, неблагоприятная криминальная обстановка. Наибольшая частота неблагоприятных исходов отмечается при сочетанных повреждениях. Социально-экономическая значимость проблемы связана с тем, что закрытая и открытая травма живота чаще всего встречаются у лиц трудоспособного возраста и сопровождаются до настоящего времени высокой летальностью и инвалидностью.

В клинику неотложной хирургии БелМАПО за 12 летний период госпитализировано 983 больных с сочетанными травмами живота, что составило 51% от всех абдоминальных травм. К сочетанной травме относим повреждения живота и одновременную травму опорно-двигательного аппарата, грудной клетки, головы. Возраст пациентов колебался от 15 до 81 года. Наибольшее число травм приходилось на возраст 20-50 лет. Среди пострадавших мужчин было 71%, женщин – 29%. При этом открытыми травмы были у 859 (87,4%) пострадавших, а закрытыми у 124 (12,6%). В алкогольном опьянении поступило 53%. При открытой травме живота множественные повреждения органов брюшной полости наблюдались у 289, закрытая травма живота сопровождалась политравмой внутренних органов у 59 больных.

Данные литературы и собственный опыт свидетельствуют о необходимости включения в алгоритм диагностики травмы, наряду с клинической симптоматологией, лабораторными, рентгенологическими исследованиями, дополнительными ультразвуковых и инструментальных методов диагностики. У пострадавших с сочетанной травмой, особенно в бессознательном состоянии, алкогольном опьянении или в состоянии шока ведущей в распознавании возникшей патологии является лапароскопия. Диагностическая ценность этого метода по нашим данным составила 99,7%. Широкое использование в клинике круглосуточной срочной лапароскопии позволило отказаться от диагностической лапаротомии, которая при черепно-мозговой и торакальной травмах утяжеляет состояние пострадавших.

При анализе сочетанной травмы мы обнаружили 57 вариантов различных сочетаний повреждений органов брюшной полости и опорно-двигательного аппарата, грудной клетки, черепа и других областей. Наиболее встречаемыми были повреждения тонкой кишки – 167 больных, толстой кишки – 104; печени – 83, желудка – 77, селезенки – 121, поджелудочной железы – 22, 12-перстной кишки – 24, повреждения магистральных сосудов – 38, торакоабдоминальные ранения – 35 больных и др.

Лечебная тактика определялась сообразно особенностям сочетанной травмы. При торакоабдоминальных ранениях приоритет остается за абдоминальным вмешательством. Только ранения сердца и профузное внутриплевральное кровотечение обуславливают первоначальное вмешательство на грудной полости. При повреждениях органов брюшной полости в сочетании с внутричерепной компрессией или ранением сосудов конечностей возможны синхронные операции двумя автономными бригадами.

Летальность при множественной и сочетанной травме живота составила 12,5%. Основными причинами летальных исходов были: полиорганная недостаточность – 40,2%, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 24,3%, шок – 24,3%, внутрибрюшное кровотечение – 7,1%, черепно-мозговая травма – 1,7%, синдром Мендельсона – 1,2% и тромбэмболия легочной артерии – 1,2% пациентов.

Каждый пациент, поступивший в хирургический стационар с абдоминальной травмой должен, быть обследован в строгой последовательности по органам и системам, это дает возможность не пропустить сочетание травмы живота с другими повреждениями организма. Опасными являются ранние послеоперационные осложнения. Они обусловлены как тяжестью самой травмы, так и сложностью оперативных вмешательств, что нередко становится для пациента непереносимым. Исходы лечения при сочетанных повреждениях брюшной полости зависят от числа поврежденных органов, тяжести травм, сроков операции и ее технического уровня.